

200 24 242 IV
FRC/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Januar 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 21. März 2024



Sachverhalt:

A.

Dem 1968 geborenen A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., wurde nach einer im November 2008 aufgrund eines Tennisarmes bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.429) unter anderem eine Umschulung zum ... (act. II 1.385, 1.396, 1.413) zugesprochen. Diese wurde infolge der Wohnsitzverlegung des Versicherten nach ... abgebrochen, was zum Abschluss der beruflichen Massnahmen führte (act. II 1.356, 1.377). In der Folge wurde dem Versicherten von der zwischenzeitlich zuständigen IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) mit zwei unangefochten gebliebenen Verfügungen vom 16. Januar 2013 (act. II 1.296 f.) vom 1. Juli 2009 bis 31. August 2010 sowie ab dem 1. Juli 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 56 % eine halbe Invalidenrente zugesprochen. Ein Revisionsgesuch des Versicherten vom März 2015 (act. II 1.258) wurde von der IVSTA mit Verfügung vom 26. November 2015 (act. II 1.217) abgewiesen. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 1.206) hiess das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) mit Urteil C-7916/2015 vom 6. Februar 2018 (act. II 1.163) insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die Vorinstanz zur weiteren medizinischen Abklärung zurückwies. Auf die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 1.159) trat das Bundesgericht (BGer) mit Urteil 9C_201/2018 vom 5. März 2018 (act. II 1.155) nicht ein. Nachdem der Versicherte seinen Wohnsitz wieder in die Schweiz verlegt (act. II 1.4 f.) und die IVSTA die Akten an die IVB überwiesen hatte (act. II 1.1), wies diese das Rentenerhöhungsgesuch – gestützt auf das im Nachgang zum BVGer C-7916/2015 (act. II 1.163) eingeholte orthopädische Gutachten (act. II 1.44) – mit Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 8) ab. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 10 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil IV 200 2019 513 vom 15. Januar 2020 (act. II 24) ab und änderte die angefochtene Verfügung dahingehend ab, als die bisherige halbe Rente mit Wirkung ab dem ersten Tag des zweiten Monats, welcher der Zustellung des Urteils folgte, auf eine Viertelsrente herabgesetzt wurde. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 30

S. 2 ff.) wies das BGer mit Urteil 9C_156/2020 vom 9. Juli 2020 (act. II 39) ab.

Sodann wurde die Viertelsrente des Versicherten aufgrund eines Haftaufenthaltes in einer für die Zeit vom 10. Juni 2021 bis 31. Januar 2022 sistiert (act. II 53, 58).

B.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act. II 65) machte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (act. II 66 S. 1 Ziff. 1.1). Die IVB traf medizinische und erwerbliche Abklärungen; insbesondere veranlasste sie auf Empfehlung des RAD (act. II 126 S. 5 f.) ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS B._____ (MEDAS; act. II 163.1 ff.). Gestützt darauf verneinte die IVB mit Verfügung vom 21. März 2024 (act. II 182) – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 174, 176 S. 5) – das Vorliegen eines Revisionsgrundes. Mithin bestehe weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente. Ab dem 1. Januar 2024 sei jedoch aufgrund der Verordnungsänderung (Art. 26^{bis} Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) vom statistisch bestimmten Invalideneinkommen ein Abzug von 10 % zu gewähren. Demnach bestehe ab dem 1. Januar 2024 Anspruch auf eine Rente von 52 % einer ganzen Invalidenrente.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 22. März 2024 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer höheren Invalidenrente. Des Weiteren ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Eingabe vom 22. April 2024 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons ... (SVA ...) eine Eingabe des Beschwerdeführers ans Verwaltungsgericht weiter.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, sofern darauf eingetreten werde.

Am 13. und 15. Mai 2024 gingen zwei weitere Eingaben des Beschwerdeführers beim Gericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Mai 2024 auferlegte die Instruktrionsrichterin dem Beschwerdeführer wegen Verletzung von Sitte und Anstand eine Ordnungsbusse von Fr. 200.--.

Am 15. August und 13. September 2024 gingen abermals zwei Eingaben des Beschwerdeführers beim Gericht ein.

Mit Eingabe vom 10. Oktober 2024 erhob der Beschwerdeführer beim BGer Rechtsverweigerungsbeschwerde und stellte im Anschluss an die Kostenvorschussverfügung des BGer vom 29. Oktober 2024 ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung. Das BGer wies das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Verfügung vom 14. November 2024 ab und trat auf die Rechtsverweigerungsbeschwerde mit Urteil 8C_625/2024 vom 17. Dezember 2024 nicht ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich (vgl. jedoch E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. März 2024 (act. II 182). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Über den erstmals im Beschwerdeverfahren geltend gemachten Anspruch auf Schmerzensgeld wegen seelischer Grausamkeit (Eingabe des Beschwerdeführers vom 14. Mai 2024 S. 3), der als Verantwortlichkeitsanspruch i.S.v. Art. 78 ATSG auszulegen ist, hätte die Verwaltung in einem selbstständigen Verwaltungsverfahren zu befinden (vgl. Art. 78 Abs. 4 ATSG; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 78 N. 87 und N. 93 ff.), weshalb darauf mangels Anfechtungsobjekts von vornherein nicht einzutreten ist (vgl. Urteil des BGer 9C_841/2019 vom 30. März 2020 E. 3.2).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere der IVV und des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich

zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Das Revisionsverfahren wurde per April 2022 (act. II 65) und demnach nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision vom 19. Juni 2020 eröffnet und eine Erhöhung respektive Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente könnte nur für die Zukunft erfolgen (Art. 17 Abs. 1 ATSG), womit auf die Frage, ob ein Revisionsgrund eingetreten ist, das neue Recht Anwendung findet. Da – wie nachfolgend zu zeigen sein wird (vgl. E. 3.7 hiernach) – kein Revisionsgrund eingetreten ist, erfolgt beim Beschwerdeführer, der bei Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr noch nicht vollendet hatte (vgl. act. II 1.429 S. 1 Ziff. 1.3) und der bereits vor Inkrafttreten der Änderung eine Invalidenrente bezog (vgl. act. II 1.296 f., 8, 24, 39), vorerst kein Wechsel ins stufenlose Rentensystem bzw. bleibt sein bisheriger Rentenanspruch bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (vgl. Rz. 9105 des Kreischreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; vgl. zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228). Mit Blick auf die per 1. Januar 2024 vorgenommene Neuberechnung (Inkrafttreten der ab 1. Januar 2024 geltenden Fassung des Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV) ergibt sich eine Änderung des Invaliditätsgrades von mehr als 5 % (vgl. E. 4.2 hiernach i.V.m. act. II 24 S. 19 E. 5.5), weshalb ab diesem Zeitpunkt das neue Recht mit dem Wechsel ins stufenlose Rentensystem zur Anwendung kommt (vgl. Rz. 9211 KSIR).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.3

2.3.1 Bis 31. Dezember 2021 präsentiert sich die Rechtslage wie folgt:

Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3.2 Ab 1. Januar 2022 präsentiert sich die Rechtslage wie folgt:

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.4 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 % erhöht (lit. b).

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

2.4.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

2.4.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 165, 9C_8/2010 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220, 9C_382/2018 E. 2).

3.

3.1 Der revisionsrechtlich massgebende Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 2.4.3 hiervor) bildet die Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 8), welche mit VGE IV 200 2019 513 (act. II 24 S. 1 ff.) dahingehend abgeändert wurde, als der Invaliditätsgrad auf 46 % festgelegt und die bisherige halbe Rente mit Wirkung ab dem ersten Tag des zweiten Monats, welcher der Zustellung des besagten Urteils folgte, auf eine Viertelsrente herabgesetzt wurde, was höchstrichterlich bestätigt wurde (BGer 9C_156/2020 [act. II 39]), und nicht – wie von der Beschwerdegegnerin angenommen (act. II 182 S. 4) – die Verfügung vom 13. Februar 2020 (act. II 29), mit welcher einzig VGE IV 200 2019 513 (act. II 24 S. 1 ff.) umgesetzt wurde. Der der Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 8) zugrundeliegende Sach-

verhalt ist mit demjenigen zu vergleichen, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2024 (act. II 182) entwickelt hat.

3.2 Die Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 8) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem orthopädischen Gutachten von PD Dr. med. C. _____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Dezember 2018 (act. II 1.44). Darin wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 27 f. Ziff. 6.1 f.):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Degenerative Veränderungen LWS mit
 - L5/S1 Osteochondrose mit dorsalem rechtsbetontem, flachem Diskusprolaps und kleinem, paramedian rechts kaudal ausgestossenem Sequester sowie geringe Facettendegeneration und konstitutionell kurzen Bogenwurzeln mit konsekutiv grenzwertigen Foraminalstenosen vom gemischten Typ
2. Degenerative Veränderungen HWS mit Zervikobrachialgie rechtsbetont mit/bei
 - Kräftiger dorso-medianer Protrusion mit Kontakt zum zervikalen Myelon in C3/4 kombiniert mit einer linksseitigen Foramenenge. Dorso-mediane Protrusion in C4/5. Kleiner, mediorechtslateraler Prolaps in C5/6 mit Lagebeziehung zur rechten C6-Wurzel. Generalisierte Spondylosen und Spondylarthrosen
3. Chronische Epicondylitis radialis humeri rechts
 - St. n. Epicondylitis-Operation nach Wilhelm und Dekompression des posterior-interosseus-Nerves rechts am 1. Dezember 2008
4. Beginnende Gonarthrose beidseits
5. Tendinitis calcarea der Achillessehnen beidseits mit Achillessehnen-tendinopathie
6. Plantarfasciitis Füße beidseits bei Verkürzung der posterioren Unterschenkel- und plantaren Weichteilstrukturen beidseits

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. St. n. Karpaltunnelsyndrom OP links 1993

Die ursprünglich angestammte Tätigkeit als ... sei seit der Problematik am rechten Ellenbogen 2008 nicht mehr zumutbar. Die zusätzlich ab 2011/2012 aufgetretenen Wirbelsäulenprobleme, Knieprobleme und Fussprobleme hätten daran nichts geändert (S. 30 Ziff. 8.1). In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen eine zumindest 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die verbleibenden 20 % seien einem über den Tag zu verteilenden, vor allem rückenbedingten, vermehrten Pausenbedarf geschuldet. Zumutbar seien ausschliesslich

leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über zwei bis drei Kilogramm körpernah und nicht repetitiv, ohne lange Gehstrecken, ohne repetitives Treppensteigen/Besteigen von Leitern etc., ohne Einnahme von Zwangspositionen bezüglich der Kniegelenke, ohne repetitive Beanspruchung des rechten Ellbogens und unter Beachtung rückenökonomischer Grundsätze bezüglich Arbeitsumgebung (S. 30 f. Ziff. 8.2).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 8) ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.3.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Kardiologie sowie Allgemeine Innere Medizin, führte im Sprechstundenbericht vom 14. April 2020 (act. II 114 S. 2 ff.) aus, die Echokardiographie zeigte eine hypertensive Herzkrankheit mit konzentrisch linksventrikulärer Hypertrophie und dilatiertem Vorhof, jedoch eine normale systolische LV (linksventrikuläre)-Funktion bei normal dimensioniertem linken Ventrikel. Eine eigentliche Kardiomegalie könne somit ausgeschlossen werden (S. 2).

3.3.2 Am 25. Juni 2021 wurde im Spital E. _____ ein MRT der HWS sowie der LWS durchgeführt. Im Bericht gleichen Datums (act. II 101 S. 8 f.) wurde dargelegt, im MRT der HWS zeige sich ein rechts betonter dorsaler Spondylophyt C5/6 mit angrenzender diskreter pseudo Bandscheibenprotrusion in diesem Segment mit konsekutiver ventralseitiger Einengung des Spinalkanals jedoch ohne Nachweis eines von Artefakten unterscheidbaren Myelopathiesignals. Zudem bestehe ein diskretes Ödem mit dorsalen Anteilen C5 und C6 im Sinne einer aktivierten Osteochondrose Modic 1. Im MRT der LWS habe sich eine Bandscheibenprotrusion L5/S1, rechts paramedian mit konsekutiver Einengung neuroforaminaler Enge L5 rechts gezeigt (S. 9).

3.3.3 Die Ärzte des F. _____ stellten im Bericht vom 12. August 2021 (act. II 101 S. 5 ff.) die Diagnosen einer Lumboischialgie rechts, am ehesten L5 folgend bei Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts (ICD-10 M54.16, M51.1), einer dorsalen Spondylophyten C5/C6 (ICD-10 M53.92), einer arte-

riellen Hypertonie (ICD-10 I10.9) sowie einer beidseitigen Kniearthrose (ICD-10 M17.0 B [S. 5]).

3.3.4 Im Bericht der T. _____ vom 25. November 2021 (act. II 101 S. 2) wurde eine Situation bei aktivierter linksseitiger AC-Gelenkarthrose beschrieben. Die Abduktion und Elevation seien schmerzbedingt etwas eingeschränkt. Der Druckschmerz bestehe über dem AC-Gelenk. Im Ultraschall erschienen die Rotatorenmanschetten auf beiden Seiten intakt. Auf beiden Seiten bestehe jedoch etwas vermehrte Flüssigkeit über dem AC-Gelenk. Die lange Bizepssehne habe auch ein Kraftdefizit für die Armbeugung.

3.3.5 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 10. August 2022 (act. II 163.9 S. 1) aus, der Beschwerdeführer könne aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen aktuell keine Tätigkeiten mit körperlichen Belastungen ausüben. Zumutbar seien ausschliesslich Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über zwei bis drei Kilogramm körpernah und nicht repetitiv, ohne lange Gehstrecken, ohne repetitives Treppensteigen oder Besteigen von Leitern etc. Langes Stehen oder Sitzen, Überkopfarbeiten und Zwangspositionen insbesondere der Kniegelenke seien ebenfalls nicht zumutbar.

3.3.6 Im Verlaufsbericht vom 2. September 2022 (act. II 83 S. 2 ff.) machte PD Dr. med. H. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (S. 3 Ziff. 1). Es bestünden deutlich verkürzte Schmerzintervalle im Bereich der HWS und der beidseitigen Gonarthrose. Die Knieschmerzen seien deutlich stärker geworden und es sei teilweise kein Treppensteigen mehr möglich. Sodann seien aufgrund der Nackenschmerzen tageweise auch keine Bürotätigkeiten mehr möglich. Letztlich bestehe ein verstärktes thorakales Druckgefühl bei Anstrengungen (Fitness [S. 3 Ziff. 3]).

3.3.7 Am 9. September 2022 wurde abermals ein MRT der HWS durchgeführt. Im Bericht gleichen Datums (act. II 102 S. 14 f.) legte Dr. med. I. _____, Facharzt für Radiologie, dar, es bestehe eine Wirbelsäulenfehlform mit s-förmiger Skoliose und jeweiligen konkavseitig akzentuierten Osteochondrosen/Unkarthrosen mit posterolateralen spondylophytären

Randausziehungen. Es resultierten ossäre Neuroforaminalstenosen C3/C4 links, leicht auch C4/C5 rechts und deutlich ausgeprägt C5/C6 (rechts mehr als links) mit entsprechend möglicher Irritation der Wurzel C4 links, C5 rechts und C6 beidseits foraminal in diesen Segmenten. Eine absolute Spinalkanalstenose sei nicht vorhanden. Sodann bestünden spondylarthrotische Veränderungen leichter bis moderater Ausprägung mehretagere, aktuell soweit nativ beurteilbar ohne Zeichen eines aktivierten/entzündlichen Reizzustandes (S. 15).

3.3.8 PD Dr. med. J. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Neurochirurgie, legte im Bericht vom 6. Oktober 2022 (act. II 102 S. 11 ff.) dar, beim Beschwerdeführer bestünden chronische, aktuell exazerbierte linksseitige Zervikobrachialgien, wobei die Schmerzausstrahlung intermittierend bis in die Hand reiche, am ehesten entsprechend einem Dermatome C6. Diese Beschwerden seien durch die hochgradige foraminale Stenose auf Höhe C5/C6 gut erklärbar. Inwieweit die foraminale Stenose C3/C4 links ebenso zum Beschwerdebild beitrage, sei schwierig zu beurteilen, neurologische Defizite bestünden jedoch nicht. Für die aktuelle Symptomatik stehe der Befund auf Höhe C5/C6 sicher klar im Vordergrund. Es werde eine mikro-neurochirurgische Sanierung der foraminalen Stenosen C5/C6 über einen anterioren Zugang mit Foraminotomie und interkorporeller Stabilisation empfohlen (S. 12 f.).

3.3.9 Im Bericht des Spitals K. _____ vom 2. November 2022 (act. II 102 S. 8 ff.) stellte Dr. med. L. _____, Facharzt für Kardiologie sowie Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen (S. 8):

1. Teils typische Angina pectoris-Beschwerden
 - TTE (transthorakale Echokardiographie) vom 1. November 2022: Normal dimensionierte LV mit normaler LV-Funktion ohne Regionalitäten. Konzentrische LV-Hypertrophie. Normale Diastologie, normale Rechtsherzfunktion und -dimension. Kein relevantes Klappenvitium.
 - Ergometrie vom 1. November 2022: klinisch fraglich positive Ergometrie bei leichtem thorakalem Ziehen linksseitig, elektrisch negativ. Normale körperliche Leistungsfähigkeit (225 Watt/104 % des Solls). Normales Herzfrequenz- und Blutdruckverhalten. Keine Herzrhythmusstörungen.
2. Hypertensive Kardiopathie (E 2014)
 - St. n. hypertensiver Entgleisung April 2020
 - St. n. hypertensiver Entgleisung August 2022

3.3.10 Am 12. Dezember 2022 wurde ein Koronar-CT durchgeführt. Im Bericht vom gleichen Datum (act. II 111 S. 2 ff.) hielten die Ärzte des Spitals M. _____ fest, es hätten sich kalk- und stenosefreie Koronarien und eine regelrechte Koronaranatomie gezeigt, weshalb keine weiteren Abklärungen der Koronarien indiziert seien. Sodann seien keine Verkalkungen in den Koronararterien nachgewiesen worden. Als Nebenbefund habe sich jedoch eine separat mündende Lungensegment-III Pulmonalvene rechts mit retrobronchialen Verlauf gezeigt (S. 2 unten).

3.3.11 Im Verlaufsbericht vom 16. Dezember 2022 (act. II 102 S. 2 ff.) machte PD Dr. med. H. _____ erneut eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (S. 2 Ziff. 1). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte er sodann aus, dem Beschwerdeführer seien wechselnd sitzende und stehende Tätigkeiten ohne repetitive Belastungen der oberen Extremitäten wenige Stunden am Stück zumutbar (S. 5 Ziff. 14).

3.3.12 Im Verlaufsbericht vom 23. März 2023 (act. II 115 S. 2 ff.) hielt Dr. med. N. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes fest (S. 2 Ziff. 1). Diverse muskuloskeletale Beschwerden (HWS, rechte Schulter, Myogelosen des Schultergürtels etc.) sowie eine hypertensive Kardiopathie mit Angina pectoris Beschwerden hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 3). Die Arbeitsfähigkeit sei durch die belastungsabhängigen Schmerzen weiterhin deutlich eingeschränkt (S. 4 Ziff. 12). Zumutbar seien wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungen (S. 4 Ziff. 14).

3.3.13 Im Bericht des Spitals K. _____ vom 2. Juni 2023 (act. II 163.9 S. 13 f.) legte Prof. Dr. med. O. _____, Facharzt für Radiologie, dar, im gleichentags durchgeführten MRT der LWS habe sich eine milde LWS-Degeneration betont auf Höhe L5/S1 mit einer teilweise aktivierten Osteochondrose auf dieser Höhe sowie auf Höhe L2/L3 gezeigt. Es bestehe eine Tangierung und mögliche Reizung der Wurzel L5 foraminal beidseits (Niveau L5/S1). Sodann bestehe eine Touchierung/Tangierung der Wurzel L3 und L4 beidseits, jeweils foraminal bei mässigen Foramenstenosen (S. 14).

3.3.14 Im Bericht des Spitals K. _____ vom 20. Juni 2023 (act. II 163.9 S. 2) wurde dargelegt, in der Röntgenuntersuchung der Daumen habe sich

eine altersentsprechende Morphologie der einsehbaren ossären und gelenkbildenden Strukturen gezeigt. Insbesondere bestünden keine Hinweise für eine wesentliche Rhiz-arthrose.

3.3.15 Am 7. September 2023 wurde ein MRT der HWS durchgeführt. Im Bericht vom gleichen Datum (act. II 163.9 S. 5 f.) hielt Dr. med. I. _____ fest, insgesamt hätten sich keine wesentlichen Befundänderungen zur Voruntersuchung vom 9. September 2022 ergeben (S. 6).

3.3.16 Sodann führte Dr. med. P. _____, Fachärztin für Radiologie, im Befundbericht vom 25. September 2023 (act. II 163.9 S. 3 f.) aus, im Röntgen der Füsse habe sich beidseitig eine angedeutete leichte Hallux valgus-Fehlstellung, rechtsbetont, gezeigt. Signifikante degenerative Veränderungen bestünden nicht. Ebenso wenig bestünden Erosionen/Osteolysen. Als Normvariante habe sich auf beiden Seiten ein OS naviculare accessorium gefunden. Periartikuläre Verkalkungen bestünden nicht, jedoch kleinste Weichteilverkalkungen am Processus uncinatus der Endphalanx D1 links. Weiter bestehe ein unauffälliger Weichteilmantel. Im Röntgen des oberen Sprunggelenks links habe sich ein gut erhaltener radiologischer Gelenkspalt tibiofibulotalar gezeigt. Es bestünden weder umschriebene ossäre Läsionen noch periartikuläre Verkalkungen, jedoch Zeichen einer beginnenden kalzifizierenden Ansatz tendonopathie der Achillessehne. Ansonsten zeige sich ein unauffälliger Weichteilmantel. Im Röntgen der Kniegelenke habe sich beidseitig ein gut erhaltener radiologischer Gelenkspalt femorotibial und im medialen und lateralen Kompartiment Zeichen einer leichten Chondrokalzinose gezeigt. Sodann bestehe eine Fabella. Ein signifikanter Gelenkerguss bestehe nicht. Im Röntgen der Hüftgelenke sei beidseitig eine leichte Coxa profunda ersichtlich. Sodann sei linksbetont ein diskreter ossärer Bump am Femurkopf/Hals-Übergang angedeutet. Es bestünden weder periartikuläre Verkalkungen noch umschriebene Läsionen. Es zeigten sich jedoch einzelne Phlebolithen-typische Verkalkungen in Projektion auf das kleine Becken. Ansonsten bestehe ein unauffälliger Weichteilmantel. Zum Röntgen der LWS hielt Dr. med. P. _____ fest, es bestehe eine fünfgliedrige LWS mit teils aufgehobener Lumballordose und Streckhaltung, eine leichte linkskonvexe skoliotische Fehlstellung am thorakolumbalen Übergang sowie beginnende Degenerationen mit leichter

Mehrsklerose der Endplatten, bei sonst noch gut erhaltenen Wirbelzwischenräumen. Die Facettengelenke seien kongruent mit leichten degenerativen Veränderungen. Ausserdem bestünden Zeichen einer beidseitigen leichten ISG-Arthrose. Im Röntgen der Schulter habe sich ein gut erhaltener radiologischer Gelenkspalt glenohumeral, keine periartikulären Osteophytenbildungen oder Verkalkungen und keine umschriebenen ossären Läsionen gezeigt. Der Subakromialraum sei beidseits noch ausreichend weit. Es bestehe jedoch beidseitig eine leichte AC-Gelenkarthrose. Letztlich hätten sich im Röntgen des rechten Ellenbogens keine signifikanten degenerativen Veränderungen und keine periartikulären Verkalkungen gezeigt und es bestehe kein Nachweis einer Fraktur. Die Fettpolsterzeichen seien negativ. Allenfalls bestehe jedoch eine kleinste ossäre Ausziehung am Olekranon. Der Weichteilmantel sei unauffällig.

3.3.17 Im MEDAS-Gutachten vom 21. November 2023 (act. II 163.1 ff.) stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (in einer leistungsadaptierten Tätigkeit [act. II 163.1 S. 7 Ziff. 4.3]):

1. Degenerative HWS- und LWS-Veränderungen mit Prolaps C5/6 und Sequester L5/S1 ohne Bewegungseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik mit verminderter Belastungsfähigkeit (ICD-10 M51)
2. Chondrocalcinose Knie bds. ohne Funktionseinschränkung (ICD-10 M11.29)
3. Coxa profunda bds. ohne Funktionseinschränkung (ICD-10 Q65.9)
4. AC-Gelenkarthrose bds. ohne Funktionseinschränkungen (ICD-10 M19.81)
5. Senkspitzfuss mit Hallux valgus bds. ohne Funktionseinschränkung (ICD-10 Q66.8)
6. St. n. Epikondylitis-OP rechts ohne verbliebene Funktionseinschränkung (ICD-10 M77.1)
7. St. n. op. Carpaltunnelsyndrom links 1993 (ICD-10 Z92.9)
8. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I110.0)
9. Hypertensive Herzerkrankung mit linksventrikulärer Hypertrophie und diastolischer Dysfunktion Grad 2 (ICD-10 I111.91)
10. Sklerose der Aortenklappe (ICD-10 I135.9)
11. St. n. Pyelonephritis vor Jahren (ICD-10 N12)
12. St. n. Urolithiasis rechts 2021 (ICD-10 N20.0)
 - CT nativ vom 12. Januar 2021: Ca. fünfeinhalb mal vier mal drei Millimeter messendes prävesikales Ureterkonkrement rechts mit leichtgradiger Nierenstauung rechts
 - Doppel-J Steinextraktion 2021
13. Adipositas WHO Grad I, BMI 34.3 kg/m² (ICD-10 E66.00)

Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (in einer leidensangepassten Tätigkeit) bestehe nicht (S. 6 Ziff. 4.3). In adaptierter Tätigkeit bedingten die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen keine Funktionseinschränkungen oder radikuläre Symptomatik, so dass ein vormalig attestierter erhöhter Pausenbedarf nicht nachvollziehbar sei (S. 7 Ziff. 4.3). Körperlich besonders anstrengende Arbeiten, im Besonderen Arbeiten, bei welchen der Beschwerdeführer über einen Zeitraum von fünf Minuten so ausser Atem gerate, dass er dabei nicht normal sprechen könne, seien nicht geeignet. Möglich seien leichte Tätigkeiten mit Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, Heben und Tragen von Lasten bis zu zehn Kilogramm ohne Arbeiten in Vorneige- oder Zwangshaltung, ohne kniende Tätigkeiten, ohne Belastung des rechten Armes und nur selten Überkopfarbeiten. Eine solche Tätigkeit sei ihm ohne Einschränkung der Leistung achteinhalb Stunden pro Tag zumutbar. Folglich bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.7). Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Verfügung vom 13. Februar 2020 verändert. Neu seien eine beidseitige Coxa profunda und eine beidseitige AC-Gelenkarthrose hinzugekommen, wobei es sich um radiologisch diskrete Befunde handle, die keine Funktionseinschränkung verursachten. Eine beidseitige Gonarthrose sei im aktuellen radiologischen Bericht nicht bestätigt worden, jedoch eine klinisch stumme Chondrocalcinose in beiden Kniegelenken. Weder diese noch die klinisch stumme Achillessehnenverkalkung verursachten eine Funktionseinschränkung. Diese gesundheitlichen Veränderungen hätten demnach zu keiner Änderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder angepassten Tätigkeit geführt (S. 10 Ziff. 4.9).

Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten vom 22. September 2023 (act. II 163.3) legte Dr. med. Q._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem dar, bei der klinischen Untersuchung habe sich eine freie Beweglichkeit der HWS und BWS gezeigt. Soweit bei der Untersuchung eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS gezeigt worden sei, sei diese beim An- und Auskleiden nicht mehr nachvollziehbar gewesen. Vielmehr sei dabei eine maximale Rumpfbeugung und damit eine gute Beweglichkeit der LWS gezeigt worden. Radikuläre Symptome hätten keine bestanden. Es seien paravertebrale Schmerzen an der HWS und LWS angegeben worden, die teilweise

durch die deutlichen degenerativen Veränderungen erklärt werden könnten. Die angegebenen starken Schmerzen könnten jedoch zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht nachvollzogen werden. Es sei jedoch von einer Minderbelastungsfähigkeit sowohl der HWS als auch der LWS für schwere Tätigkeiten auszugehen. An beiden Schultern habe sich eine freie Beweglichkeit gezeigt. Zwar würden Schmerzen über dem Acromion angegeben, klinische Einschränkungen wie ein Impingement, Hinweise für eine Rotatorenmanschettenruptur oder eine Instabilität hätten sich jedoch nicht gezeigt. In den durch die MEDAS veranlassten Röntgenbildern habe sich eine geringe AC-Gelenkarthrose gezeigt, die als altersentsprechend einzuschätzen sei. Es bestehe keine signifikante Funktionseinschränkung der Schulter. Nach einer Epicondylitis-OP am rechten Ellenbogen zeige sich eine freie Beweglichkeit des rechten Ellenbogens ohne Funktionseinschränkungen und ohne Hinweise für Muskelschwund oder Mindergebrauch des rechten Armes. Die angegebenen Schmerzen könnten in der Höhe nicht nachvollzogen werden und bei unauffälliger Klinik und Röntgennormalbefund nicht hinreichend erklärt werden. Funktionseinschränkungen des rechten Ellenbogens seien nicht gezeigt worden und es hätten sich kein Zeichen für eine dauerhafte Schonung gezeigt, da keine Muskelatrophie des rechten Armes habe festgestellt werden können. Auch die angegebenen Schmerzen an den Daumen und Händen könnten bei Röntgennormalbefund nicht erklärt werden. Es habe sich zudem keine Funktionseinschränkung in Form einer Einschränkung der Griffformen der Hand gezeigt. Es seien auch Schmerzen an beiden Hüften angegeben worden. Rechts habe jedoch eine freie Beweglichkeit bestanden und die links initial gezeigte Bewegungseinschränkung habe später beim An- und Auskleiden nicht bestätigt werden können. Vielmehr habe sich dort eine schmerzfreie freie Beweglichkeit gezeigt. Die angegebenen Schmerzen könnten bei einer Coxa profunda ohne Nachweis einer Coxarthrose in den aktuellen Röntgenbildern nicht nachvollzogen werden. In den aktuellen Röntgen der Kniegelenke habe keine Gonarthrose nachgewiesen werden können, sondern eine Chondrocalcinose, die aktuell klinisch stumm gewesen sei. So dann habe sich bei der klinischen Untersuchung eine freie Funktionsfähigkeit der Kniegelenke ohne aktuellem Reizzustand gezeigt. Es bestehe jedoch eine Minderbelastbarkeit für schwere Tätigkeiten. Am Sprunggelenk seien anamnestisch Schmerzen im Bereich des oberen Gelenkspaltes me-

dial angegeben worden. Diese könnten ohne Druckschmerz, ohne gezeigte Funktionseinschränkung oder gesehenen Reizzustand und bei Röntgen-normalbefund nicht erklärt werden. Die vorhandene Ansatzverkalkung der Achillessehne sei klinisch stumm und es habe sich keine Funktionseinschränkung gezeigt. Klinisch zeige sich beidseitig ein Senkspreizfuss und es seien beidseitige Vorfusskompressionsschmerzen angegeben worden, was bei geringer Hallux valgus-Bildung teilweise nachvollziehbar sei, wobei hingegen nicht nachvollzogen werden könne, dass zwar zu Hause Einlagen vorhanden seien, diese aber bei der Untersuchung nicht getragen worden seien, was für einen niedrigen Leidensdruck spreche. Hierfür spreche im Übrigen auch die deutliche Schwielenbildung beider Fusssohlen, sodass eine Schonung und damit eine signifikante Funktionsstörung durch den Spreizfuss ausgeschlossen werden könne. Sodann sei ein Druckschmerz im Ansatzbereich der Plantaraponeurose angegeben worden. Der Zehenspitzen- und Fersenstand seien jedoch problemlos durchführbar gewesen, sodass eine diesbezügliche Funktionseinschränkung ausgeschlossen werden könne (S. 10 ff. Ziff. 6.3).

Im neurologischen Teilgutachten vom 4. Oktober 2023 (act. II 163.4) legte Dr. med. R. _____, Facharzt für Neurologie, insbesondere dar, neurologische Gesundheitsprobleme mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen keine vor. Die MRI-Untersuchungen der LWS und HWS hätten degenerative Erscheinungen gezeigt, eine Läsion neuraler Strukturen lasse sich nicht feststellen. Es bestehe keine Myelopathie oder Radikulopathie cervical oder lumbal. Der aktuelle klinische Neurostatus weise keine Defizite auf. Angaben zur Sensibilität seien immer subjektiv und könnten vorliegend keinem bestimmten Substrat zugeordnet werden (S. 6 Ziff. 6.1).

Prof. Dr. med. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie sowie Kardiologie, führte im kardiologischen Teilgutachten vom 26. September 2023 (act. II 163.6) aus, es bestehe eine arterielle Hypertonie. Als Komplikation sei eine hypertensive Kardiomyopathie mit linksventrikulärer Hypertrophie und diastolischer Dysfunktion Grad 2 diagnostiziert worden. Weiter sei eine Sklerose der Aortenklappe festgestellt worden. Ein vorhandenes Systolikum sei am ehesten darauf zurückzuführen, wozu allerdings das Punctum maximum an der Herzspitze

nicht besonders gut passe. Zudem bestehe ein Thoraxschmerz, welcher von der klinischen Präsentation her am ehesten einem muskuloskelettalen Thoraxschmerz entspreche. Dazu passend sei auch ein Koronar-CT unauffällig geblieben. Eine relevante koronare Herzerkrankung habe ausgeschlossen werden können (S. 8 Ziff. 6.3). In einer angepassten Tätigkeit hätten diese Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Allerdings erschienen körperlich besonders anstrengende Arbeiten, im Besonderen Tätigkeiten, bei welchen der Beschwerdeführer in einem Zeitraum von fünf Minuten so ausser Atem komme, dass er dabei nicht normal sprechen könne, nicht geeignet (S. 7 Ziff. 6.1). In Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 13. Februar 2020 zugrunde gelegen habe, habe sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben. So sei am 14. April 2020 eine hypertensive Herzerkrankung mit linksventrikulärer Hypertrophie und diastolischer Dysfunktion Grad 2 neu diagnostiziert worden, und nebenbefundlich sei eine Aortenklappensklerose festgestellt worden (S. 11 Ziff. 8/1).

Sodann wurde im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. September 2023 (act. II 163.5) keine psychiatrische Diagnose gestellt (S. 8 Ziff. 6.3) und die im allgemeinmedizinischen Teilgutachten vom 28. September 2023 (act. II 163.7) gestellten Diagnosen führten zu keinen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (S. 10 Ziff. 8).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchun-

gen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5 Die angefochtene Verfügung vom 21. März 2024 (act. II 182) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 21. November 2023 (act. II 163.1 ff.). Dieses erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen Expertise und überzeugt (vgl. E. 3.4 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten, insbesondere der bildgebenden Untersuchungen, getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die Befundlage, die medizinischen Zusammenhänge und die daraus zu ziehenden Schlüsse zum Gesundheitszustand nachvollziehbar dargestellt und überzeugend begründet. Sodann flossen die Ergebnisse der Teilgutachten – soweit erforderlich – angemessen in die Gesamtbeurteilung ein.

In Bezug auf das orthopädisch-traumatologische Teilgutachten vom 22. September 2023 (act. II 163.3) ist vorab zu betonen, dass die vom Gutachter vorgenommene umfassende klinische Untersuchung (act. II 163.3 S. 6 ff. Ziff. 4.3) mit den – ebenfalls berücksichtigten – bildgebenden Befunden (vgl. act. II 101 S. 8 f., 102 S. 14 f., 163.9 S. 2 ff. und S. 13 f.) übereinstimmt, die keine pathologischen Veränderungen zeigten, welche die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen hinreichend erklären könn-

ten. Vielmehr zeigten sowohl die klinischen als auch die bildgebenden Untersuchungen eher geringfügige Befunde, die zwar qualitative Einschränkungen zu begründen vermögen (vgl. act. II 163.3 S. 14 Ziff. 8), nicht jedoch die beklagten massiven Beschwerden. Der orthopädische Gutachter setzte sich sodann ausführlich mit den Divergenzen zwischen den objektiven Befunden und den beklagten Beschwerden auseinander. Dabei zeigte er auf, dass die vom Beschwerdeführer demonstrierten Einschränkungen nicht plausibel sind und Inkonsistenzen bestehen. Dabei stützte er sich insbesondere auf die Tatsache, dass sich die anfangs demonstrierten Bewegungseinschränkungen anlässlich der weiteren Begutachtung nicht bestätigen liessen und sich insbesondere beim An- und Auskleiden eine freie Beweglichkeit gezeigt hat (S. 9 Ziff. 6.2). Weiter wurde berücksichtigt, dass auch zwischen den angegebenen Schmerzen und der körperlichen Verfassung insoweit Widersprüche bestehen, als bei den beklagten Ellenbogenschmerzen eine Muskelatrophie des rechten Armes zu erwarten gewesen wäre und die deutliche Schwielenbildung beider Fusssohlen gegen eine Schonung der Sprunggelenke spricht (S. 11 Ziff. 6.3). Hinzu kommt, dass bis anhin das Behandlungspotential nicht ausgeschöpft wurde, weshalb ein geringer Leidensdruck zu vermuten ist (S. 13 Ziff. 7.1) und auch eine Divergenz zwischen den angegebenen Beschwerden bzw. Einschränkungen und der Alltagsgestaltung besteht. So ist der Beschwerdeführer trotz angegebenen massivsten Beschwerden in der Lage, seinen Haushalt zu führen, Fitness zu machen, Auto zu fahren und einzukaufen sowie mit seinem Hund spazieren zu gehen (S. 9 Ziff. 6.2; 163.5 S. 4 Ziff. 3.2). Sodann liegen mit Ausnahme der im orthopädischen Vorgutachten vom 20. Dezember 2018 (act. II 1.44) genannten beginnenden Gonarthrose (S. 28 Ziff. 6.1), welche von PD Dr. med. H. _____ unbegründet übernommen wurde (act. II 83 S. 3 Ziff. 2), jedoch in der aktuellen Bildgebung nicht bestätigt werden konnte (act. II 163.3 S. 11 Ziff. 6.3, 163.9 S. 3), keine fachärztlichen Berichte respektive Befunde vor, welcher der orthopädischen Expertise widersprächen. Soweit der Hausarzt PD Dr. med. H. _____, der nicht Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ist (<www.medregom.admin.ch>), im Verlaufsbericht vom 16. Dezember 2022 (act. II 102 S. 2 ff.) darlegt, dem Beschwerdeführer seien selbst wechselnd sitzende und stehende Tätigkeiten ohne repetitive Belastungen der oberen Extremitäten nur noch wenige Stunden am

Stück zumutbar (S. 5 Ziff. 14), stellte er einzig auf den Beschwerdevortrag des Beschwerdeführers ab, ohne die Einschränkungen auch nur ansatzweise zu begründen. Überdies ist in Bezug auf die Berichte des Hausarztes ohnehin der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3).

In Bezug auf das neurologischen Teilgutachten vom 4. Oktober 2023 (act. II 163.4) überzeugt sodann, dass bei Fehlen einer Läsion neuraler Strukturen (S. 6 Ziff. 6.1), die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nicht mit einer neurologischen Diagnose erklärt werden können (vgl. S. 6 Ziff. 6.3). Diese Einschätzung stimmt im Übrigen mit jener des behandelnden Neurologen PD Dr. med. J. _____ überein, der ebenfalls keine neurologischen Defizite feststellen konnte (act. II 102 S. 12).

Die im kardiologischen Teilgutachten vom 26. September 2023 (act. II 163.6) gestellten Diagnosen einer arteriellen Hypertonie (ICD-10 I110.0), einer hypertensiven Herzerkrankung mit linksventrikulärer Hypertrophie und diastolischer Dysfunktion Grad 2 (ICD-10 I111.91) und einer Sklerose der Aortenklappe (ICD-10 I135.9; S. 8 Ziff. 6.3) stimmen mit den Beurteilungen der Behandler überein (vgl. act. II 101 S. 5, 102 S. 6, S. 8 und S. 11, 114 S. 2). Sodann erklärte der Gutachter nachvollziehbar, dass bei unauffälligem Koronaren-CT (vgl. act. II 111 S. 2 ff.) und geklagtem Thoraxschmerz, der am ehesten einem muskuloskelettalen Schmerz entspricht, keine relevante koronare Herzerkrankung vorliegt (act. II 163.6 S. 8 Ziff. 6.3). Bei den gestellten Diagnosen und dem Alltag des Beschwerdeführers mit selbstständigem Erledigen des Haushaltes, Fitness, Spazieren und selbstständigem Einkaufen (act. II 163.3 S. 9 Ziff. 6.2; 163.5 S. 4 Ziff. 3.2) überzeugt sodann, dass aus kardiologischer Sicht lediglich qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestehen und er in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist (act. II 163.6 S. 9 ff. Ziff. 7.2 und Ziff. 8).

Bei unauffälligen Untersuchungsbefunden (act. II 163.5 S. 5 ff. Ziff. 4.3) und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer bis anhin offenbar nie in psychiatrischer bzw. psychologischer Behandlung war (vgl. S. 2 Ziff. 3.1), über-

zeugt sodann auch das psychiatrische Teilgutachten vom 26. September 2023 (act. II 163.5), wonach keine psychiatrische Diagnose vorliegt (S. 8 Ziff. 6.3). Im Übrigen fühlt sich der Beschwerdeführer selbst psychisch nicht belastet (S. 3 Ziff. 3.2). Schliesslich ist auch das allgemeinmedizinische Teilgutachten vom 28. September 2023 (act. II 163.7) nicht zu beanstanden. In Übereinstimmung mit der übrigen Aktenlage wurde darin dargelegt, dass aus internistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (S. 8 ff. Ziff. 6.3 und Ziff. 8).

3.6 Zusammenfassend bildet das MEDAS-Gutachten vom 21. November 2023 (act. II 163.1 ff.) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts. Weitere medizinische Abklärungen erweisen sich daher als nicht erforderlich. Soweit im MEDAS-Gutachten dargelegt wird, im Vergleich zum medizinischen Sachverhalt, wie er der Referenzverfügung zugrunde gelegen habe, hätten sich neue Diagnosen ergeben (act. II 163.1 S. 10 Ziff. 4.9, 163.6 S. 11 fallspezifische Frage 1, 163.7 S. 11 f. fallspezifische Frage 1), ist darauf hinzuweisen, dass dies allein keine revisionsrechtlich relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts zu begründen vermag, denn eine neue Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3), was vorliegend jedoch nicht der Fall ist, denn den neuen Diagnosen wurde kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (act. II 163.1 S. 10 Ziff. 4.9, 163.6 S. 11 fallspezifische Frage 3, 163.7 S. 12 fallspezifische Frage 1). Soweit die Gutachter – anders als im orthopädischen Vorgutachten vom 20. Dezember 2018 (act. II 1.44 S. 30 f. Ziff. 8.2) – nunmehr jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestieren (act. II 163.1 S. 9 Ziff. 4.7), stellt dies keine Verbesserung des Gesundheitszustandes dar, sondern einzig eine revisionsrechtlich irrelevante unterschiedliche Beurteilung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105). Folglich ist im hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) kein medizinischer Revisionsgrund erstellt. Auch anderweitige Revisionsgründe (vgl. E. 2.4.1 hiavor) ergeben sich weder aus den Akten noch den Eingaben des Beschwerdeführers. Der Vollständigkeit halber

bleibt darauf hinzuweisen, dass eine allfällig nach der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2024 (act. II 182) eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. diesbezüglich Eingabe des Beschwerdeführers vom 14. Mai 2024 S. 2) im Rahmen eines neuerlichen Revisionsgesuches geltend zu machen wäre.

3.7 Demnach besteht kein Revisionsgrund. Mithin ist (vorerst; vgl. aber E. 4 hiernach) kein Einkommensvergleich durchzuführen (Urteil des BGer 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 7) und es besteht weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.

Beim Beschwerdeführer wurde im Rahmen des Einkommensvergleichs das Invalideneinkommen aufgrund statistischer Werte festgelegt (VGE IV 200 2019 513 E. 5.4.2 [act. II 24 S. 16 ff.]). Mithin ist – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 2) – auch ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes mit Inkrafttreten des geänderten Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV per 1. Januar 2024 vom statistisch bestimmten Invalideneinkommen ein Pauschalabzug von 10 % zu gewähren (vgl. Rz. 9207 KSIR).

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Angesichts der in Art. 25 Abs. 1 IVV vorgesehenen Gleichstellung der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflich-

tigen Erwerbseinkommen kann das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden zumeist aufgrund der Einträge im Individuellen Konto bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2023 IV Nr. 40 S. 135, 8C_396/2022 E. 3.2.2, 2017 IV Nr. 6 S. 15, 9C_644/2015 E. 4.6.2).

4.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

4.2 Soweit der Beschwerdeführer die Parameter der Invaliditätsgradbemessung bestreitet (Beschwerde S. 2), ist auf sein Vorbringen nicht weiter einzugehen. Hierüber wurde bereits rechtskräftig entschieden (BGer 9C_156/2020 [act. II 39]; VGE IV 200 2019 513 [act. II 24 S. 1 ff.]).

Mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes (vgl. E. 3.7 hiervor) erfolgt keine allseitige Prüfung des Rentenanspruchs, ohne an frühere Invaliditätsgradschätzungen gebunden zu sein. Demnach ist für die Berechnung des Invaliditätsgrades weiterhin auf die in VGE IV 200 2019 513 (act. II 24 S. 1 ff.) festgesetzten Vergleichseinkommen abzustellen, wobei die Beschwerdegegnerin beide Vergleichseinkommen der Lohnentwicklung anpasste und beim Invalideneinkommen den Pauschalabzug von 10 % gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV gewährte (act. II 182 S. 4 f.). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, wobei vorliegend unklar ist, mit welchen Zahlen die Indexierung vorgenommen wurde, was jedoch nicht entscheidend ist, da beide Einkommen ohnehin mit denselben Zahlen zu indexieren sind (vgl. VGE IV 200 2019 513 E. 5.4.1 f. [act. II 24 S. 16 ff.]) und mithin unabhängig der Indexierung respektive auch ohne Indexierung stets derselbe Invaliditätsgrad resultiert.

Angepasst an die Nominallohnentwicklung resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 129'742.60 (Fr. 125'633.65 [act. II 24 S. 16 E. 5.4.1] / 100.9 x 104.2 [BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer 2016-2023, Ziff. 10-33: Verarbeitendes Gewerbe, Werte 2017 und 2023]).

Was das Invalideneinkommen betrifft, resultiert bei einem Abzug von 10 % und angepasst an die Nominallohnentwicklung ein Betrag von Fr. 62'526.-- (Fr. 67'273.10 [act. II 24 S. 18 E. 5.4.2] / 100.9 x 104.2 [BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer 2016-2023, Ziff. 10-33: Verarbeitendes Gewerbe, Werte 2017 und 2023] x 0.9 [Pauschalabzug von 10 % gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV]).

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 129'742.60 und einem Invalideneinkommen von Fr. 62'526.-- resultiert per 1. Januar 2024 ein gerundeter (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1) Invaliditätsgrad von 52 % ((Fr. 129'742.60 ./ Fr. 62'526.--) / Fr. 129'742.60 x 100). Mithin hat der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2024 Anspruch auf eine Rente von 52 % einer ganzen Rente (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 21. März 2024 (act. II 182) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

Angesichts der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen (act. II 163.1 S. 6 ff. Ziff. 4.3 ff.) und der nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit (vgl. act. II 163.3 S. 4 Ziff. 3.2, 163.5 S. 3 Ziff. 3.2, 163.6 S. 4 Ziff. 3.2) bestehen gewichtige Anhaltspunkte für nicht ausgeschöpftes Eingliederungspotential. Die Parteien sind daher darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer auch bei fehlendem Revisionsgrund und unabhängig von der subjektiven Eingliederungsfähigkeit nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet wäre bzw. ist, an zumutbaren Massnahmen aktiv teilzunehmen. Im Falle eines Abbruchs bzw. einer Nicht(wieder)aufnahme einer zumutbaren Eingliederungsmassnahme bestünde sodann die Möglichkeit, nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gestützt auf Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG die Rentenleistungen einzustellen (vgl. hierzu BGE 145 V 2 E. 4.3.1 S. 12 und E. 5.3.2 S. 17).

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer – vorbehaltlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.3 hiernach) – zur Bezahlung aufzuerlegen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

6.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61, 9C_432/2010 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 21, 8C_22/2010 E. 6.1).

Da der Beschwerdeführer Sozialhilfe bezieht (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1), ist die Bedürftigkeit ausgewiesen. Die Beschwerde ist so- dann nicht als von vornherein aussichtslos zu qualifizieren. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten ist demnach gut- zuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzah- lungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu be- freien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfah- renskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nach- zahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.